

병원의 다인병실 환경개선에 관한 연구

A Study on the Environmental Improvement of Multi-bed rooms in Hospital

유 영 민*
Yu, Young-Min

Abstract

The existing six-bed patient rooms, general type of multiple-bed rooms in Korea causes many problems for the amenity of patients. We should reconsider their inconvenience carefully and try to provide the right to keep their privacy and enjoy amenity. The number of patients of multi-bed rooms is very critical point to improve the environmental condition of the patient rooms. So This paper aims to provide the possibilities of four-bed rooms through the comparison and analysis of six and four-bed room for planning and design.

키워드 : 병원, 다인병실, 병실, 환경개선

Keywords : Hospital, Multi-bed room, Patient rooms, Environmental improvement

1. 서론

그동안 우리나라의 의료서비스는 시설의 수가 절대적으로 부족한 가운데 공급자 위주의 측면에서 제공되어 왔으며, 병원의 설계도 자연 병원의 운영관리와 의료진 위주로 진행되어 온 측면이 있다. 이런 가운데 환자들의 불만이나 불편함은 고려의 대상이 되지 못하였다. 병원은 환자 개개인의 치유보다는 관리와 통제라는 측면을 강조하였다고 할 수 있다.

그러나 최근 정보통신의 발달, 의료공급자 측면에서 의료수요자 측면으로의 전환, 병원에 대한 기대 심리의 증가, 다양한 의료복지서비스의 출현 등 병원을 둘러싼 환경 변화는 병원건축에도 새로운 변화를 요구하고 있다. 이에 따라 병원건축도 예전과는 다른 양상으로 나타나고 있다. 또한 병원도 경쟁시대로 들어가면서 병원이 대규모, 고급화, 첨단화의 경향으로 시설의 면적도 증가하고 첨단 의료장비로 높은 기능의 진료를 수행하며, 병원의 로비 등을 호텔과 같이 꾸미고 대기공간을 확충하고 하는데 그동안 많은 신경을 써 왔다. 그러나 병원의 주요 기능인 병원의 병실환경이 그동안 얼마나 개선되었는가 하는 점은 의문이다.

그동안 제한된 병실 면적 내에서 환자들의 생활의 질을 높이기 위해 화장실 설치와 창 면적 증가 등의 병실 구조 변화를 통해 병실 환경을 개선해 오고 있지만,¹⁾ 많은 연구자료들을 통해 밝혀지고 있듯이 여러명의 환자와 보호자가 같이 생활하는 다인병실의 병실환경은 개선되어야 할 여지가 많이 있다. 많은 수의 환자가 협소한 방에서 같이 생활함으로써 프라이버시 저해 등 생활상의 문제뿐 아니라 간호와 진료측면에서도 문제가 발생하고 있다. 병실환경 개선을 위한 다양한 시도들이 나타나고 있으나, 많은 환자가 한 병실에서 지냄으로서 야기되는 근본적인 문제들은 해결되지 못하고 있다.

그러나 한편에서는 지역적 편중과 접근성의 문제가 있지만, 병상수 측면에서 일반 급성 병상수는 공급 과잉이라는 지적도 있다. 그리고 이러한 남은 병상, 운영이 어려운 병원의 병상을 부족한 요양병상으로 전환시키고자 하는 정책들도 제시되고 있다. 그러나 여기에는 병원의 운영과 경영적 측면이 중요한 고려대상이고, 정작 환자의 치유라는 기본적 사항이 소홀히 되고 있는 측면이 있다.

우리나라의 의료서비스는 그동안 병상수 증가에 치우친 양적증가 측면에서 이제는 시설의 질적 측면에 대한 고려 쪽으로 방향전환이 필요한 시기로서, 우리의 주거수준이

* 정회원, 경남대학교 건축학부 교수, 공학박사

** 본 연구는 2004학년도 경남대학교 학술논문게재연구비 지원으로 이루어졌습니다.

1) 김용우 외, 종합병원 다인병실 입원환자의 치유환경 개선방안에 관한 연구, 대한건축학회 학술발표논문집 22권 2호, 대한건축학회, 2002. p.96

나 병상수 공급측면 등을 고려할 때 다인병실의 병상수를 줄이는 방안이 검토될 필요가 있다. 물론 간호단위당 병상수, 간호인력, 병실료 등의 병원의 경영적 문제가 같이 고려되어야 할 사항이지만 병실환경의 개선을 통한 치유환경의 조성이라는 측면에서 건축쪽에서 적극적 자세로 연구와 고민을 할 필요가 있다고 본다.

따라서 본 연구에서는 다인병실 환경의 문제점이 좁은 병실에 많은 환자가 거주함으로써 발생하는 것이 가장 큰 요인이라는 가정하에, 특히 다인병실의 일반적 유형인 6인병실의 문제점 등을 기존의 연구자료 등을 통해 설명하고, 병실환경 개선을 위해 다인병실의 병상수를 줄이는데 제약 요인이 될 수 있는 간호단위의 축소와 병실료 문제 등을 검토함으로써 다인병실 환경개선의 대안이 될 수 있는 4인병실의 가능성을 모색하고자 하였다.

2. 병실 환경

2.1. 병실 환경의 문제점

병원에서 병실은 입원환자의 생활의 장소로서 병원 내에서 가장 중요한 위치를 차지하고 있는 부분이다. ‘병실의 주인은 환자이다’ 라는 개념으로서 치료뿐만 아니라 생활을 보조하는 역할로서의 기능이 중요시되고 있는 것은 환자들이 거의 24시간을 병실에서 보내고 있기 때문이다. 입원환자들의 하루중의 행태를 조사한 자료²⁾에 의하면 환자들은 입원기간중 80%이상을 병실에서 생활하고 있으며 침대주변에서 가장 많은 시간을 보내고 있는 것으로 나타나고 있다.

병실환경에 대해 조사한 자료들 중에서, 입원환자의 불만에 관한 조사결과³⁾ ‘회진시간이 짧다’ 라는 불만이 가장 높았으며(30.3%), 다음으로 ‘병실구조가 간호 등에 불편하다’ 가 차지하였다(24.2%).

간호사의 간호측면에서 접근한 연구⁴⁾에 의하면 간호사의 직접간호행위는 모두 환자의 침대와 침대주변에서 이루어지는 것으로 병실 시설물과 병상간격, 병상배치형태 등에 의해 많은 불편을 겪고 있으며 이로 인하여 환자와 보호자에게도 불편을 끼치고 있다. 이러한 불편함의 가장 근본적인 원인은 병실면적이 좁은데 있다. 다인병실에 입원한 환자와 보호자는 사실상 프라이버시 침해로 인한 불

편을 당연한 것으로 받아들이며, 환자들간에 서로를 이해하나 환자상태가 좋지 않을 경우에는 불만을 표현함으로써 환자간에 갈등이 생기고 간호사는 이를 중재하는데 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

최근 리모델링이 진행된 병원에서 의사, 간호사를 대상으로 시설측면에서 환자들이 불편해하는 사항에 대한 조사자료⁵⁾를 보면, 병실면적의 협소(64.4%), 위생시설의 부족(50.3%), 환자휴게실 부족(50.0%), 병동내 환기 및 소음 문제(35.7%) 순으로 나타나고 있다. 병동부 리모델링시 가장 필요한 부분에 대한 설문조사결과에서도 면적확보문제가 1, 2 순위로 가장 많이 지목된 항목이며, 면적확보시 우선순위로는 환자편의시설 확충(71.8%), 병실면적 확충(57.2%), 간호제실 및 직원편의시설 확충(35.0%) 등의 순으로 나타나고 있다. 이외에도 리모델링시 개선되어야 할 문제점으로, 병상과 병상사이에 충분한 공간이 요구되며, 운영 및 동선에 관한 사항으로서 간호단위가 너무 크고, 병실과 간호대기소간의 동선이 긴 것으로 나타나고 있다.

우리나라 병원 대부분이 한정된 시설 속에서 가능한 많은 수의 환자를 수용하려는 경향이 강하게 나타나고 있어 상대적으로 병실환경은 매우 열악한 실정이다.

2.2 6인병실의 문제점

우리나라 병원의 다인병실은 6인 병실이 보편적으로 많이 채택되고 있다. 일부 7인실이나 8인실도 사용되는데, 처음부터 이렇게 계획된 것도 있지만 이중 일부는 5인실이나 6인실로 계획된 실을 병상수요 증가로 인해 병상을 늘려 사용하기 때문이기도 하다. 최근들어 병실내에 화장실을 설치한 5인실 병실이 많이 채택되기도 하지만 아직 6인 병실은 우리나라 다인병실의 보편적 병실로 채택되고 있다.

일반적으로 병실은 환자들이 병원에서 가장 오래 체류하는 장소이고, 또한 환자들이 가장 많이 영향을 받는 장소이기도 하다. 우리나라 현실에서는 병실에 보통 환자들만이 입원해 있는 것이 아니라 보호자들도 24시간 같이 체류하는 것이 일반적이는데, 이는 간호인력의 부족에 따라 보호자들이 환자간호를 부분적으로 대신 담당해주고, 환자가 받는 스트레스를 분담해 주기 위함이다. 이는 독특한 우리나라 가족관계에 따라 발생하는 생활 행태로 볼 수 있다.

비록 최근에는 병실의 크기가 예전보다는 다소 커져가고 있지만, 6인 병실의 경우 한 병실에 환자와 보호자 포

2) 정태우 외, 병원 병동부 간호운영방식과 환자생활상에 따른 건축계획적 연구, 한국병원건축학회지 1권1호, 1995, pp.7-17
 3) 이평수, 환자들이 바라는 의료시설 -병원을 중심으로-, 대한병원협회지 22권11호, 대한병원협회, 서울, 1993. pp.33-34
 4) 권영미 외, 현장연구를 통한 다인용 병실 모델 개발, 한국병원건축학회지 1권 1호, 한국병원건축학회, 1995, pp.36-38

5) 윤명실 외, 국내 종합병원 병동부의 리모델링에 관한 연구, 대한건축학회 학술발표논문집 22권 1호, 대한건축학회, 2002. pp.127-130

함하여 12명도 생활함에 따라 야간의 취침시간대에는 침대와 침대사이의 간격이 거의 없어진다고 해도 과언이 아니다. 이러한 경우 환자와 이웃 보호자와의 거리는 인간의 심리적인 공간거리에서 불쾌감과 스트레스를 줄 수 있는 소위 배타적 영역범위라고 생각된다. 이와 같이 보호자가 환자 옆에 머무는 현상은 앞으로 우리나라 가족구조가 핵가족화 되어감에 따라 점점 줄어들 것으로 예측할 수도 있겠으나, 현재로서는 보호자에 대한 배려가 방치되어 있는 문제로 남아 있다.⁶⁾

이러한 문화적인 현상에 따라 환자들이 병실에서 가장 불편해하는 사항은 면적이 매우 협소하다는 것이다. 좁은 병실공간에서 많은 사람들이 생활함에 따라 탁한 공기로 인한 환기문제가 대두되고, 이를 해결하기 위해 병실 문을 열어둠으로서 소음문제, 실내온도 문제가 연차적으로 발생하며 세면대 및 화장실 이용, 음식물 준비 등 각종 병동환경 문제의 원인이 이로 말미암아 발생하게 된다.

2.3. 병실에서의 침상이동

다인병실에서는 환자들의 침상이동이 자주 일어나는데 창측에 자리가 빌 경우 환자들간 협의를 하거나 빨리 입원한 순서에 의해 창측으로 옮기고 있다.⁷⁾

6인실의 경우 중간에 배치된 병상이 심리적으로 좋지 못하고 자신만의 영역을 확보할 수 없기 때문에 창가쪽이나 복도쪽의 병상으로 자주 이동을 하고 있는 상황이다.⁸⁾

다인병실에서 좀 더 유리한 위치의 병상이 비워질 경우 환자들의 병상이동이 시작되고, 경우에 따라서는 영역을 좀더 유리하게 확보하려고 노력함으로써 병실 내에는 보이지 않는 심리적 갈등이 발생하게 된다. 심지어 창측이나 복도측의 침상을 먼저 차지한 환자들이 영역을 좀더 확보하기 위하여 중앙쪽으로 자기들의 침상을 이동함으로써 병상간의 간격이 중앙침상의 경우 창측이나 복도측에 비해 매우 좁아지는 현상도 발생하고 있다. 환자는 중앙의 병상을 기피하고 있다. 그 이유는 창측이나 복도측에 비해 프라이버시가 보호되지 않고, 침상간격이 좁은 것이다. 양측에서의 간섭 경향이 있고, 여분의 수납공간 활용을 할 수 없기 때문에 환자는 가능하면 병실 내에서 창측이나 복도측의 바깥 자리로 이동한다.⁹⁾

서울의 한 병원에서는 병실내에서의 침상이동 등에 따른 환자들간의 갈등 문제 등으로 6인실 내에서 병상간 이동을 금지하고 있기도 하다.¹⁰⁾

다인병실에서 침상이동의 정도를 조사한 자료¹¹⁾에 의하면 응답자의 51.6%가 침상이동을 경험했으며, 이동경험자 중 창측 환자는 72.7%, 중앙의 환자는 19.2%, 복도측 환자는 55.6%가 다른 침상에서 이동해 온 결과를 보이고 있다. 이 결과는 환자들이 창측을 선호하고 있으며, 창측이 유리한 조건이라고 환자들이 인식하고 있음을 나타낸다.

침상 선호에 대한 설문조사자료¹²⁾에서도 창측 73.6%, 복도측 14.7%, 중앙 3.1%로 대다수의 환자들이 창측의 침상을 선호하고 있다. 침상별 만족도 조사에서는 창측의 경우는 100%가 마음에 들거나 아주 만족하고 있는 반면에 중앙의 경우는 52%가 전혀 마음에 들지 않거나 만족하지 못하고 있다. 복도측은 25.7%가 불만족을 74.3%가 마음에 드는 편이거나 아주 만족하는 반응을 보이고 있다.

가운데 침상의 문제는 일본의 5인, 6인병실과 독일의 3인병실에서도 동일하게 나타나는 현상으로서 일본에서 6인병실은 가운데 병상 환자의 환경조건이 나쁘기 때문에 현재 거의 만들지 않고 있다.¹³⁾ 독일의 3병상실에 대한 조사에서 확인된 것은 3병상의 가운데 환자는 언제든지 참기 어려울 정도 비참한 상황이라는 것이다. 그는 좌우 쌍방의 환자들의 등만 쳐다보아야 한다. 또 양측에 신경을 쓰지 않으면 안 된다. 창측의 환자가 퇴원만 하면 가운데의 환자는 그곳으로 이동하고 싶어한다. 그 소원을 들어 줄 수밖에 없는 어떤 방법도 없다. 독일 베를린군대부속 병원 병원건축연구소에서는 2, 3인실에 대한 철저한 조사 연구 결과 3인실은 종래 여러 가지 용도로 유연하게 대응할 수 있을 것이라고 평가하고 있지만 심리적인 요소를 고려해보면 결코 바람직하지 않다고 하는 견해를 밝히고 있다.¹⁴⁾

3. 다인병실의 비교

3.1. 병실의 크기와 만족도

6) 양내원, 병원건축가의 시각에서 본 치유환경, 치료환경의 세계적 추이 국제심포지엄, 한국의료복지시설학회, 서울, 2002. pp. 121-122
 7) 이민규, 종합병원 병동부 병실환경 개선에 관한 연구, 경남대학교대학원석사학위논문, 2002. p.47
 8) 권영미 외, 앞 논문, p.39
 9) 이희봉 외, 사용자 중심으로 본 종합병원 내외과 병동부 공간의 차별성, 대한건축학회논문집 계획계 20권 7호, 대한건축학회, 2004, pp.67-68

10) 이견직 외, 병원고객만족경영 및 소비자정보의 전략적 활용방안, 한국보건사회연구원, 1998. p.225
 11) 최영미 외, 다인실 환자의 심리형태와 건축적 대응에 관한 연구, 한국의료복지시설학회지 6권 11호, 2000, p.74
 12) 최영미 외, 앞 논문, p.75
 13) Aoki, Masao, 일본병원의 최근 이슈들, 한국의료복지시설학회 국제학술포지엄, 동아시아 의료복지시설의 전망, 한국의료복지시설학회, 2001. p.56
 14) Wischer, Robert, Ein-order Mehrbettzimmer im Akutkrankenhaus Analysen ihrer Tauglichkeit, Karl Kramer Verlag, 1984, pp.27-84

병실의 크기는 환자들의 병실 생활 만족도에 중요한 요소로서, 병실의 크기는 의료·간호적인 측면과 환자의 생활적인 측면이 고려되어 결정된다. 우리나라의 다인병실은 의료간호적 측면뿐 아니라 환자의 생활적 측면에서 많은 문제가 있고 이의 주요 원인은 병실면적이 협소함에 따르는 것으로 나타나고 있다.

비슷한 병상당 병실면적 및 병실환경조건을 가진 4인실, 5인실, 6인실을 대상으로 스트레스와 병실만족도를 조사한 자료¹⁵⁾에 의하면 모두 4인실이 가장 좋게 나타났다. 병실 크기와 병상간격의 만족도가 병실 규모별로 큰 변화를 보이고 있으나 실제 4인실, 5인실, 6인실의 병상당 병실 면적과 병상 간격은 큰 차이가 없다(표1). 병상당 병실 면적이 비슷한 4인실과 6인실병실에서 4인병실 환자들은 좁다는 응답이 없었던 반면에 6인실에서는 좁다는 응답이 많았다. 병상간 간격은 6인병실이 130cm, 4인 병실이 122cm로서 6인병실이 크에도 불구하고 병실 만족도는 4인병실이 높게 나타났다. 병실 만족도에서 병실의 환자수가 보다 중요한 요소임을 나타내는 조사결과라 할 수 있다. 병상 위치별로 살펴보면 가운데 6인병실 및 5인병실에서 가운데 끼인 병상의 환자가 스트레스를 가장 많이 받고 만족도도 가장 낮은 것으로 나타나고 있다. 5인실 이상 병실에서 침대위치 선호도는 창측 87%, 복도측 9.5%, 중앙 3.5%의 순으로 나타났다.

표1. 병실면적 비교

병원	병실모듈 (m)	병상당병동부 면적(m ²)	다인실면적(m ²) (화장실포함/비포함)	병상당 병실면적 (m ²)(화장실포함/비포함)	병상간격(cm)
A7	6.0×6.3	13.0	37.8/34.0	5.4/4.9	46-65
B6	6.0×6.0	16.9	36.0	6.0	117
C6	6.0×6.6	18.3	43.6	7.3	130
D5	6.4×6.4	19.4	40.9/36.5	8.2/7.3	115-117
E4	6.15×6.15	21.8	33.8/29.6	8.4/7.4	122

* 병원명의 알파벳 다음의 숫자는 다인병실의 병상수를 나타냄

침대위치에 대한 만족도를 재원일수별로 살펴보면 5인, 6인, 7인 병실은 초기 만족도가 입원기간이 경과하면서 만족도가 낮아지다가 병실 환경에 적응한 후 다시 증가하는 현상을 보인다. 이것은 침상이동을 통한 침대위치에 대한 만족도가 증가하는데 기인한다. 반면에 4인병실은 초기 만족도가 높고, 그것이 지속적으로 유지되고 있다.¹⁶⁾

화장실을 제외한 1병상당 병실면적은 4, 5, 6인 병실이

모두 비슷한 반면에 병실 만족도는 4인 병실이 모두 크게 나타나고 있다. 즉 스트레스와 만족도는 유사한 병실 면적과 환경조건에서는 병실내 환자수의 차이에 의해 영향을 크게 받고 있음을 알 수 있다.

4인병실이 6인병실에 비해 병상당 병실면적이 크게 증가할 것이라는 우려를 어느 정도 해소할 수 있는 결과라 할 수 있고, 다인병실의 병실환경 개선을 위해서는 병실의 크기가 중요한 요소이기는 하지만 그보다 병실의 환자수가 더욱 중요한 요소임을 시사하는 자료라 할 수 있다.

3.2. 간호단위

1개 간호단위의 병상수를 얼마로 할 것인가를 결정하는 것은 병동설계에서 매우 중요한 요소이다. 일반적으로 한 간호단위에서 병상수가 늘어나면 환자 한사람 한사람에게 끌고루 간호사의 손이 갈 수 없게 되고 간호사의 작업량도 늘어날 뿐만 아니라 환자 전체의 상태를 파악하기가 힘들어진다. 중증도가 높은 환자의 경우나 재원기간이 짧아 병상회전율이 높은 경우에는 그러한 문제가 더욱 심각해진다. 따라서 간호단위당 병상수를 몇 병상으로 하느냐에 따라서 환자에게 얼마만큼 충실한 간호를 제공하고 있는지를 평가할 수가 있다.

우리나라의 경우 보호자가 간호보조업무의 상당부분을 현실적으로 담당하고 있으며 우선적으로 경제적인 측면이 진료적인 측면에 우선하기 때문에 대개 50병상 이상의 병상수를 유지하고 있다.¹⁷⁾

1990년대 중반 이후 건립되어 환자중심적 병원을 표방하고 있는 병원의 간호단위가 평균 42.2병상으로 다른 일반병원의 평균 51.3병상보다 작게 나타나고 있다. 간호사 1인당 담당하는 환자수 비교는 환자중심적 병원이 평균 3.5명, 일반병원이 5.1명으로 나타나고 있다.¹⁸⁾

일반적으로 이야기 할 수는 없지만 최근 건립되는 병원들의 간호단위 병상수가 예전보다는 줄어드는 것으로 해석할 수 있다. 간호단위의 크기가 작아지면 환자와 간호사의 접촉이 상대적으로 늘어남으로써 환자에 대한 간호가 좀더 충실해 질 수 있고, 간호사의 동선도 단축될 수 있다.

다인병실을 4인실로 채택한 건강보험공단 일산병원¹⁹⁾의 간호단위는 44병상이고 간호사 1인당 병상수는 3.7명으로 앞에서 비교했던 병원들에 비해 높지 않다.

17) 이신호 외, 의료보험관리공단 일산병원 건축설계지침, 한국의료관리연구원, 1994. p.53

18) 김용우, 앞 논문, p.64

19) 건강보험공단 일산병원에서는 장기입원환자의 재활병동(5인실)을 제외하고는 다인병실을 4인실로 계획하였다.

15) 김용우, 종합병원 병동부 다인병실의 치유환경 개선을 위한 건축계획적 연구, 한양대학교원, 2003, p.44

16) 김용우, 앞 논문. pp.47

병동의 기준병실을 4인실로 채택할 경우 6인실로 할 때보다 간호단위의 병상수가 작아지는 경향을 병원의 경영 측면에서는 우려할 수 있다. 그러나 일산병원의 간호단위가 5인실, 6인실을 기준으로 하는 앞에서 비교한 환자중심적 병원들에 비해 간호단위 병상수가 크지 않게 나타나고 있다.

우리나라와 병동운영방식 등이 유사한 일본의 경우, 간호단위는 50병상이 일반적이다. 그러나 간호사가 환자를 파악할 때 환자의 얼굴과 이름, 침대의 위치가 일치하는 환자수는 평균 26.9명이라는 조사가 나타내듯이 주간·야간에는 파악이 되지 않는 환자가 나오므로 1간호단위 40명 정도가 적당하다고 일반적으로 알려져 왔다. 최근 공립병원에서는 40명에 가까워지고 있으나, 민간병원에서는 인건비, 설비비 등의 점에서 여전히 50명 또는 그 이상이 많다. 한편 개실의 증가, 병실·식당 그 외의 실과 면적증대에 의한 간호사의 동선은 더 길어지고 있다.²⁰⁾

우리나라에서도 팀간호방식이 빠르게 확산되는 등 점차 환자중심적인 진료에 중점을 두려고 하는 경향이 뚜렷해지고 있어 간호단위당 병상수는 점차 작아질 것으로 예상하고 있다.²¹⁾

또한 감염측면에서 병동부의 간호단위가 커지면 감염상 불리해지므로 가급적 간호단위를 줄이려는 노력이 필요하고, 다인 병실내의 병상수도 많으면 많을수록 감염상 불리해지므로 가급적 줄이고 병상과 병상 사이는 될 수 있는 한 넓게 배려할 필요가 있음을 주장하기도 한다.²²⁾

전국보건의료산업노조와 경실련 등 시민단체에서 16개 대형병원을 포함 전국 28개 병원을 조사한 결과 평균 입원환자 대비 간호사수는 법정기준인 2.5명당 1명보다 많은 3.19명당 1명이었으며 심한 경우 5.9명당 1명인 병원도 있는 것으로 나타났다. 병원의 간호사 숫자가 법정기준에 미달해 환자에 대한 의료서비스가 부실할 뿐만 아니라 의료사고도 빈번하게 발생하고 있는 것으로 드러났다.²³⁾

간호단위의 크기는 간호사 인건비 등 병원의 경영적 측면이 같이 고려되어야 할 문제이지만, 간호의 질적 수준 향상을 위해서는 줄어들어야 할 소지가 많이 있음을 알 수 있다. 따라서 다인병실의 병상수를 줄임으로서 발생할 수 있는 간호단위의 축소 가능성은 우려할 문제라기 보다는 이제는 간호의 질적 측면을 위해서도 자연스레 받아들여질 수 있는 사항이다.

3.3. 기준병실과 상급병실

병실은 의료보험요양급여기준²⁴⁾에 따른 기준병실과 상급병실로 나뉜다. 기준병실 입원 환자는 의보수가 의 20%를 본인부담금으로 내면 된다. 그러나 현실적으로 기준병실이 부족하고 소음, 편의시설 부족 등의 불편함 때문에 환자는 부득이 상급병실을 이용하게 되는 경우가 많다. 따라서 의보수가의 20%외에 추가로 상급병실 차액을 더 내야하기 때문에 병실료에 대한 경제적 부담이 상당히 커지게 된다. 또한 상급병실 이용시 부담하게 되는 병실차액 역시 책정 기준이 명확하지 않은 채 높게 정해져 있는 경우가 많다. 결국 이는 의료보험의 보장성을 떨어뜨리고 환자들의 의료비 부담을 가중시키는 한 요소로 작용하게 된다.

병실운영은 의료보험법에 따라 총 병상수의 50%이상을 기준병실로 운영하도록 되어 있으나, 기준병실 당 병상규모는 정해져 있지 않다. 이러한 문제점 때문에 병원마다 기준병실의 병상규모가 크게 차이를 보이고 있어 같은 병실료(의보수가의 20%)를 내는 환자라고 해도 병원에 따라 서비스에 차별을 받고 있는 것으로 나타나고 있다.

서울시내 소재 100병상 이상 병원 62곳에 대한 병실운영에 대해 조사한 자료²⁵⁾에 의하면 전체병원의 38.7%(24곳)가 6인실을 기준병실로 운영하고 있는 것으로 나타났으며, 11.2%인 7곳은 8인실을 기준병실로 운영하고 있었다. 5곳은 5인실, 4곳은 7인실, 1곳은 9인실을 기준병실로 운영하고 있는 것으로 조사되었다. 전체의 33.8%인 21개 병원은 기준병실의 병상수를 명확히 하지 않고 채 4~6인실, 8~10인실 등으로 분류해 운영하고 있는 것으로 나타났다(표 2).

표 2. 기준병상 운영실태

기준병상	운영 병원수	기준병상	운영 병원수	기준병상	운영 병원수
5인실	5	4~6인실	1	6~8인실	4
6인실	24	5~6인실	4	6~9인실	1
7인실	4	5~7인실	1	6~10인실	1
8인실	7	5~9인실	2	7~8인실	1
9인실	1	6~7인실	4	8~10인실	1

또한 기준병실과 상급병실의 병상 수에 거의 차이를 두지 않은 채 병실차액만을 받고 있는 병원이 많았는데, 조사병원의 38%인 24개 병원이 기준병실과 상급병실에 1병상의 차이 만 든 채 평균 20,800원을 병실차액으로 받고

20) Aoki, Masao, 앞 논문, p.52

21) 김광문, 병원건축, 세진사, 1999, p.125

22) 양내원, 병원감염과 병원건축, 플러스 2003.7, p.117

23) 대한병원협회, 1999 병원관련기사모음집, 대한병원협회, 1999. pp.210-211

24) 의료보험법 29조에 따라 보건복지부장관이 정함.

25) 대한병원협회, 앞 책, pp.169-17

있었으며, 최저 10,000원에서 최고 44,000원 까지 병실차액을 받는 것으로 조사되었다. 예를 들어 3차진료기관인 K 병원의 기준병실(7인실)에 입원한 환자의 경우 본인부담금으로 3,820원만 내면 되지만 상급병실인 6인실에 입원하게 되면 병실차액 18,000원을 더 부담해 21,820원을 본인부담금으로 내야한다. 따라서 1개 병상 차이에 무려 5.5배 이상의 비용을 더 지불하게 되는 것이다.²⁶⁾

이러한 병실료 차액은 최근 8개 국립대 병원과 서울소재 사립대 병원을 대상으로 병실현황과 입원료 현황을 조사한 자료에서도 변하지 않고 그대로 나타나는 현상이다. 보건노조는 1인실을 포함한 상급 병실의 경우 보험적용이 안돼 환자들의 부담이 가중되고 있다며 비보험 영역으로 돼 있는 상급 병실에 대한 보험 적용 확대와 병실료 인하가 시급한 실정이라고 주장하고 있다.²⁷⁾

다인병실의 경우에도 5인실과 6인실을 기준병실로 운영하고, 4인병실을 상급병실로 운영하는 병원에서 상급병실인 4인실에 입원한 환자는 보험적용이 안되는 높은 병실료 차액이 큰 부담이 되고 있다. 최근 병원리모델링작업을 한 서울 소재의 KS병원의 경우 6인병실을 일부 4인실로 개조하였으나 5인실, 6인병실에 비해 5-6배 차이가 나는 병실료²⁸⁾ 때문에 환자나 보호자는 4인병실을 기피하고 있다.

상급병실의 병실료 부담은 환자들의 큰 불만사항으로 간호사들에게도 환자들의 요구에 따라 기준병실로 바뀌는데 큰 어려움을 나타내고 있다. 병실환경의 질적 개선을 목적으로 설계한 4인 병실이 환자들에게는 상급병실이라는 오히려 높은 병실료 부담으로 작용하고 있는 사례로서, 환자들은 보다 나은 병실환경보다는 몇배의 병실료를 지불해야하는 경제적 부담으로 4인실을 기피하는 현상이 나타나고 있다.

반면에 병동의 다인병실을 4인실로 계획한 건강보험공단 일산병원에서는 의료보험의 적용이 되는 기준병실을 모두 4인실 이상으로 함으로서 병실환경의 질적 개선과 함께 환자들도 차액의 병실료 부담을 지지 않도록 하고 있다.

위의 두 병원에서 보듯이 같은 4인병실이라 해도 상급병실과 상급병실의 차액이라는 제도적 요인 때문에 환자에게 주는 부담은 매우 다르게 나타나고 있다.

병실환경 개선의 직접적 대안이 될 수 있는 4인병실 계

획을 위해서는 기준병실을 4인실로 전환하는 제도개선이 필요하다. 즉 의료보험의 적용대상을 점진적으로 4인병실로 낮출 필요가 있다. 물론 현 제도에서도 일산병원과 같이 50%이상의 병실을 4인병실로 했을 경우 의료보험의 적용대상이 되기는 하나 이것은 매우 특수한 사례로서 제도적 뒷받침이 없이 건축측면에서의 4인실 제안은 병원의 경영논리 등 많은 어려움에 부딪치는게 현실이다.

4인병실을 당장 기준병실로 하기에는 현재 기존 병원들의 대부분이 다인병실을 6인실 이상으로 운영하고 있기 때문에 어려움이 있다. 그러나 기준병실과 상급병실간의 병실차액을 줄이는 방안은 적극 검토될 필요가 있다. 돈의 여유가 있어 1, 2인실 등의 상급병실에 입원하는 경우는 별 문제가 없겠지만 그렇지 않은 경우, 예로서 다인병실의 빈 침상이 없어 할 수 없이 개실 혹은 2인실 등의 상급병실에 입원할 경우 그 부담이 매우 크다. 특히 4인병실과 같이 병상 한 두개 차이로 기준병실 병실료의 몇배를 부담해야하는 것은 같은 보험료를 지불하는 환자측면에서 받아들이기 어려운 측면이 있다. 환자측에서도 납득할 수 있는 정도의 병실차액을 산정함으로써, 병실환경 개선에 큰 역할을 할 수 있는 4인병실의 장점을 살리고, 병실차액은 좀더 나은 병실환경에 대한 인센티브 제도로서 활용하는 방안도 고려할 수 있을 것이다. 이것은 다인병실의 기준병실을 4인실로 점진적으로 대체해 가는 과정에서도 중요한 역할을 할 수 있을 것으로 본다.

4. 결론

우리나라 병원 다인병실의 일반적 병실인 6인병실이 가지고 있는 문제점들을 살펴보고, 다인병실의 환경개선을 위한 대안으로서 4인병실의 가능성과 제약요소들을 검토한 본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 그동안 우리나라의 병원은 주로 병상수를 늘리기 위한 양적인 확보에 치중해 왔기 때문에 병실환경은 좀처럼 개선되지 못한 실정이다. 특히 하나의 좁은 병실에서 많은 환자들이 생활하는 다인병실의 문제점은 계속적으로 제기되어 왔다. 다인병실의 일반적 병실인 6인병실이 가지고 있는 구조적 문제점으로 한열이 3개의 침상이 배치되어 있는 병실구조에서 가운데 침상의 환자는 프라이버시 등 많은 불편을 겪고 있으며, 이것은 환자들의 침상이동, 영역확보 등 많은 갈등요인이 되고 있다. 우리나라는 환자 보호자들도 병실에서 같이 생활함으로써 그 불편함은 더욱 가중되고 있다.

2) 병실환경에 대한 만족도는 유사한 병상당 병실 면적

26) 대한병원협회, 앞 책, pp.169-179

27) YTN & Digital YTN. 2004.07.03

<http://www.withnews.com/print.php3?no=715>

28) 환자가 직접 지불하는 병실료를 의미하며, 2004년 6월 현재 KS병원의 경우 5, 6인병실 7,000원, 4인병실 40,000원으로 책정운영함.

과 환경조건에서는 병실내 환자수의 차이에 의해 영향을 크게 받고 있다. 병상간격이 큰 6인병실보다 작은 4인병실의 병실만족도가 오히려 높게 나타나고 있다. 병실 만족도에서 병실의 환자수가 보다 중요한 요소임을 알 수 있다. 또한 4인병실과 6인병실이 병상당 병실면적에서 큰 차이가 나지 않음을 확인할 수 있다. 이러한 결과 등을 고려할 때 다인병실의 병상수를 현재의 6인병실 위주에서 4인병실로 전환하는 것은 타당성이 있다고 할 수 있다.

3) 병동의 기준병실을 4인실로 채택할 경우 6인실로 할 때보다 간호단위의 병상수가 작아지는 경향을 병원경영적 측면에서는 우려할 수 있으나, 간호의 질적 수준 향상을 위해서는 현재의 간호단위 병상수는 줄어들어야 할 소지가 많이 있다. 우리나라에서도 팀간호방식이 빠르게 확산되는 등 점차 환자중심적인 진료에 중점을 두려고 하는 경향이 뚜렷해지고 있어 간호단위당 병상수는 점차 작아지는 경향이다. 따라서 4인병실 도입시 예상될 수 있는 간호단위의 축소는 오히려 병동 및 병실환경에 긍정적으로 작용할 것으로 본다.

4) 현재의 상급병실기준에서는 병실환경의 질적개선을 의도하고 설계한 4인병실이 환자들에게는 오히려 높은 병실료 부담으로 작용될 소지가 있다. 이러한 문제점을 해소하기 위해서는 상급병실의 기준을 점진적으로 4인병실로 낮추는 제도개선과 기준병실과 상급병실간의 병실료 차액을 낮출 필요가 있다. 환자측에서도 납득할 수 있는 정도의 병실차액을 산정함으로써, 병실환경 개선에 큰 역할을 할 수 있는 4인병실의 장점을 살리고 병실차액은 좀 더 나은 병실환경에 대한 인센티브 제도로써 활용하는 방안도 고려할 수 있을 것이다. 이것은 다인병실의 기준병실을 4인실로 점진적으로 대체해 가는 과정에서도 중요한 역할을 할 수 있을 것으로 본다.

참고문헌

1. 권영미·정현강, “현장연구를 통한 다인용 병실 모델 개발”, 한국병원건축학회지 1권 1호, 한국병원건축학회, 서울, 1995.
2. 김광문, 병원건축, 세진사, 1999.
3. 김용우·양내원, “종합병원 다인병실 입원환자의 치유환경 개선방안에 관한 연구”, 학술발표논문집 22권 2호, 대한건축학회, 서울, 2002.
4. 김용우, 종합병원 병동부 다인병실의 치유환경 개선을 위한 건축계획적 연구, 한양대학교대학원, 서울, 2003.
5. 대한병원협회, 1999 병원관련기사 모음집, 대한병원

- 협회, 서울, 1999.
6. 대한병원협회, 의료보험 요양급여기준, 대한병원협회, 서울, 1999.
7. 박남규 외, “최근 한국에 건립된 환자 중심적 병동부의 건축계획적 특징에 관한 연구”, 한국병원 건축학회지 1권 2호 1996.
8. 박원배 외, “종합병원의 환자 프라이버시 개선에 관한 연구”, 한국의료복지시설학회지 9권 1호, 한국의료복지시설학회, 서울, 2003.
9. 성익제, “병원경영현황과 전망”, 한국의료복지 시설학회지 4권 7호, 한국의료복지시설학회, 서울 1998.
10. 양내원, “병원건축가의 시각에서 본 치유환경”, 치료환경의 세계적 추이 국제심포지엄, 한국의료복지시설학회, 서울, 2002.
11. 양내원, “병원감염과 병원건축”, 플러스 2003.7, 서울, 2003.
12. 유운형, “일반병동 디자인의 제요소”, 병원 연구 통권 제 5호, 서울대학교병원부설병원연구소, 서울, 1984.
13. 유영민, “한국병원건축의 현황과 미래”, 새천년 건설환경디자인세계대회 특별심포지움 치료 및 보호환경을 위한 새로운 문화의 창조, 한국의료복지 시설학회, 서울, 2000.
14. 윤명실·양내원, “국내 종합병원 병동부의 리모델링에 관한 연구”, 대한건축학회기술발표회논문집 22권 1호, 대한건축학회, 서울, 2002.
15. 이낙운 외, “병원의 부문별 면적구성에 관한 연구”, 대한건축학회지 27권 115호, 대한건축학회, 서울, 1983.
16. 이민규, 종합병원 병동부 병실환경 개선에 관한 연구, 경남대학교대학원, 마산, 2002.
17. 이신호 외, 의료보험관리공단 일산병원 건축설계 지침, 한국의료관리연구원, 서울, 1994.
18. 이철승, 국내종합병원의 연대별 면적변화와 발전 과정에 관한 조사연구, 한양대학교대학원, 서울, 1999.
19. 이 직 외, 병원고객만족경영 및 소비자정보의 전략적 활용방안, 한국보건사회연구원, 서울, 1998.
20. 이평수, “환자들이 바라는 의료시설 -병원을 중심으로-”, 대한병원협회지 22권11호, 대한병원협회, 서울, 1993.
21. 이희봉·오상희, “사용자 중심으로 본 종합병원 내외과 병동부 공간의 차별성”, 대한건축학회논문집 계획계 20권 7호, 대한건축학회, 서울, 2004.
22. 정태우·김광문, “병원 병동부 간호운영방식과 환자생활상에 따른 건축계획적 연구”, 한국병원건축학회

- 지 1권1호, 한국병원건축학회, 서울, 1995.
23. 최영미·양내원, “다인실 환자의 심리행태와 건축적 대응에 관한 연구”, 한국의료복지시설학회지 6권 11호, 한국의료복지시설학회, 서울, 2000.
 24. 한달선, “공공병원확충”, 대한병원협회지 2003.7-8, 대한병원협회, 서울, 2003.
 25. Aoki, Masao, “일본병원의 최근 이슈들”, 한국 의료복지시설학회 국제학술심포지엄, 동아시아 의료복지시설의 전망, 한국의료복지시설학회, 서울, 2001
 26. Wischer, Robert, Ein-order Mehrbettzimmer im Akutkrankenhaus Analysen ihrer Tauglichkeit, Karl Kramer Verlag, Stuttgart, 1984.

K C I